

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Mme  Melle  Mr  Nom : ..... Date de naissance :  
...../...../.....

Prénom : .....N° de Sécurité Sociale : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse : .....

Ville:.....

Tél : ..... E-mail : .....@.....

Profession.....

### **A) HISTORIQUE MEDICAL**

Nom de votre Médecin traitant : .....

A quand remonte votre dernier examen médical : .....

Avez vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui  Non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

Antidépresseurs  Maladie du foie  Prothèses (autres que dentaires)

Asthme  Maladies cardiaques  Rhumatisme Articulaire Aigu

Chirurgie esthétique  Maladie du sang  Séropositivité HIV

Désordres hormonaux  Maladies vénériennes  Sinusites répétées

Diabète  Œdèmes (gonflements)  Syncopes, vertiges

Glaucome  Pacemaker  Thyroïde

Hépatite A, B ou C  Pertes de connaissance  Troubles des reins

Lésions cardiaques congénitales  Problèmes circulatoires  Tumeur maligne

Ulcères à l'estomac  Problèmes nerveux  Autres maladies :

.....

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention

ou d'un accident?

Oui

Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui  Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui  Non

• Si oui, lesquels : .....

Antibiotiques                       Tranquillisant                       Aspirine

Traitement pour la tension artérielle

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui  Non

• Si oui, lesquels :  
.....

Etes-vous fumeur ? Oui  Non

• Si oui, nombre de  
cigarettes /jour : .....

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui  Non

• Si oui, de combien de mois : .....

• Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui  Non

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

.....

**B) HISTORIQUE DENTAIRE**

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

.....

Quel est le motif de votre consultation ?

.....

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ?:.....

**GENCIVES**

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui  Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Oui  Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui  Non

Si oui, par :  Chirurgie  Médicaments  Détartrage

**DENTS**

Avez-vous des dents extraites ? Oui  Non

Si oui, pour quelles raisons :  Caries  Infection ou abcès  Déchaussement

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui  Non

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? :

.....

Avez-vous des dents sensibles ? :

Au chaud  au froid  au sucre  aux acides  à la mastication

**HYGIÈNE DENTAIRE**

Utilisez-vous une brosse à dent ? :  Dure  Moyenne  Souple

Quand vous brossez-vous les dents ? :  Matin  Midi  Soir

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?.....

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui  Non

### **HABITUDES**

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Succion du pouce                         | <input type="checkbox"/> Jouer d'un instrument musical à vent       |
| <input type="checkbox"/> Se mordre la langue, la lèvre ou la joue | <input type="checkbox"/> Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo |
| <input type="checkbox"/> Se ronger les ongles                     | <input type="checkbox"/> Croquer des cacahuètes ou des glaçons      |

### **DENTISTERIE ESTHÉTIQUE**

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui  Non

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui  Non

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui  Non

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui  Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

.....  
...  
.....  
...

### **DIVERS**

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui  Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....  
.....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? :

- Pas du tout    Un peu    Moyennement    Beaucoup

Autres remarques utiles :

.....  
.....

.....  
Merci.

Bans, le                    /    /

SIGNATURE :